BASALCELLSCANCER, råd angående handläggning - Region Gävleborg

EPIDEMIOLOGI

Basalcellscancer (BCC) är den vanligaste maligna hudtumören, med en incidens som mer än 10-faldigats senaste 30 åren. I Sverige rapporterades cirka 50 000 nya fall av BCC till cancerregistret per år. Antalet personer som drabbas av basalcellscancer varje år är drygt 35 000, varav vissa utvecklar fler än en tumör. BCC är lika vanlig hos män som hos kvinnor.
Risken att få BCC ökar med stigande ålder, det vill säga tumören är sällsynt bland ungdomar. Huvuddelen ses hos individer äldre än 50 år och medelåldern vid insjunkande är vid cirka 70 års ålder. Risken att få sjukdomen före 75 års ålder är 17 procent i Sverige.

Sedan 2004 är BCC rapporteringspliktig till Cancerregistret. BCC skall dock endast rapporteras från diagnostiserande patologlaboratorium. Behandlande läkare skall till diagnostiserande patolog uppge tumörläge samt om tumören är ny eller ett recidiv, eller om det gäller en utvidgad excision.

ETIOLOGI

Intermittent intensivt solande och hög kumulativ solljusdos är de viktigaste riskfaktorerna. Ljushyade individer med solkänslig hud löper störst risk. Immunosupprimering. Tidigare strålbehandling. Arsenik. Kroniska sår. Vissa genetiska sjukdomar såsom Xeroderma pigmentosum och basalcellsnaevussyndrom (Gorlins syndrom).

DEFINITION

Långsamt men destruktivt växande, lokalt invasiv, malign epitelial hudtumör. Utvecklas längst ner i epidermis i basalcellerna. Inga prekursorlesioner och sällan metastaser.

Basalcellscancer klassificeras histopatologiskt vanligen utifrån Glas typ, vilken används vid rapportering till Cancerregistret:

Nodulär eller noduloulcerativ, lågaggressiv (Glas typ IA):
Välavgränsade tumörer som inte invaderar subkutan vävnad. Kliniskt en glansig knottra som växer till en nodulus med vallartad kant och vidgade slingriga kärl på ytan. Det uppstår ofta ulceration centralt. Oftast i ansiktet men även på bålen. 50–55 % av alla BCC.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Superficiell eller ytlig, lågaggressiv, (Glas typ IB):
Ytligt växande, relativt välavgränsade, röda, lätt fjällande och ytligt infiltrerade eksemliknande fläckar. Framför på bålen men även i ansiktet och på extremiteter. Cirka 20–25 %.

Infiltrativ, medelaggressiv, (Glas typ II):
Intermediära former mellan typ I och III. Palperas fastare än de lågaggressiva typerna. Ofta i ansiktet. 10–20 %.

Morfealik, scleroserande eller finkolvigt infiltrativ, högaggressiv, (Glas typ III):
Kan invadera subkutan vävnad, brosk, muskulatur och ben. Diffust och otydligt avgränsade mot frisk hud både kliniskt och histopatologiskt. Oftast en vitaktig, blek och indragen hud som kan likna ärr eller skleros. Absolut vanligast i ansiktet. 4-9 %.

Det finns även andra typer av BCC såsom:
Mikronodulära BCC, kan betraktas som högaggressiva BCC på grund av djup och utbredd växt. De är mycket svåra att avgränsa kliniskt vilket ofta ger upphov till recidiv efter kirurgi.

Metatypisk cancer eller **basoskvamös cancer,** en aggressiv form av BCC med differentiering mot skivepitelcancer och potential att metastasera. Absolut vanligast i huvud-halsregionen och bör också behandlas som en högaggressiv variant av BCC.

PROGNOS

Med kirurgi eller någon av de icke kirurgiska behandlingsmetoderna (se nedan) botas de allra flesta patienterna. Recidivrisken för primära BCC är 1-10 % och för recidivtumörer 15-30 %.
BCC skall i största möjliga mån behandlas radikalt då tumören annars ger upphov till utbredda sår eller defekter i vävnaden. Spridning av BCC till regionala lymfkörtlar är mycket ovanligt och fjärrmetastasering är extremt sällsynt. Mortaliteten är mycket låg men den höga prevalensen innebär stora kostnader och morbiditet.

Har man väl fått en BCC är risken att utveckla en eller flera nya BCC i framtiden relativt stor. 33 % får en ny BCC inom 2 år efter den första lesionen.

Kontrollera giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

HÖGRISKFAKTORER FÖR BCC

Nedanstående faktorer innebär en ökad risk att utveckla lokala recidiv alternativt nya BCC.

Klinisk information	Histopatologisk information
• Tumörstorlek (diameter) > 2 cm • (Tumörrecidiv) • Tumörer som har opererats med snävare marginal än rekommenderat av kosmetiska skäl (t ex kring ögon, näsa, mun och öron). • Patient med immundefekt • Patient som haft multipla BCC inkl Gorlins syndrom.	• Bristande radikalitet • Högaggressivt växtsätt, mikronodulära BCC eller metatypisk cancer • Infiltration i subkutan fettväv och/eller andra underliggande strukturer • Tumörväxt perineuralt.

DIAGNOS

Vid lesioner med oklar klinisk diagnos rekommenderas bildremiss (se remitteringspolicy) från Primärvården alt stansbiopsi för histopatologisk bedömning för att välja korrekt behandlingsmetod.

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER

Majoriteten av patienter med basalcellscancer kommer primärt till allmänläkare.

Inom PV utförs lämpligen excision av BCC av Glas typ Ia och II på kroppen samt Imikvimodbehandling av BCC av Glas typ Ib (se nedan).
Reexcisioner på kroppen vid primärt bristande radikalitet eller recidiv, utförs också av allmänläkare.

Nodulär eller noduloulcerativ, lågaggressiv (typ IA):
Kroppen: Excision 4 mm marginal åt sidorna och ner i subcutis, (i ansiktet excision med 3-4 mm fri klinisk marginal.)

Superficiell eller ytlig, lågaggressiv, (typ IB):
Topikal behandling:

- Imikvimod 5 % (Aldara®) har god effekt och god kosmetik. Smörjs 1 cm ut på normal hud varje dag i 5 på varandra följande dagar varje vecka under 6 veckor.
- Fluorouracil (5FU) 4 % (Tolak®). 5-FU är ett cytostatikapreparat och indikationen är godkänd för beredningen internationellt. Appliceras 2 gånger dagligen i 4-6 veckor.

Excision:

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- 4 mm marginal åt sidorna och ner i subkutis.

Infiltrativ, medelaggressiv, (typ II):
Excision är ett förstahandsval oavsett lokal, 4 mm från klinisk marginal medtagande en stor del av subcutis.

Icke-radikal excision:
Reexcision.

Recidiv: Excision enligt ovan.

Morfeiform, scleroserande, högaggressiv (typ III):
Remiss för excision med ≥ 5 mm marginal.

Behandlingsmöjligheter på Hudmottagning

Förutom excision, Imikvimod och 5-FU 4 % kan hudläkare behandla BCC med:
Curettage + kryoterapi (frysning),
Curettage + PDT (PhotoDynamiskTerapi) x 2
Curettage + elektrodessication (=C & E)
Fluorouracil (5-FU) kräm 5 % (Efudix). Licenspreparat i Sverige. 2 gånger dagligen i 3-6 veckor

Behandlingsalternativ vid avancerad BCC

Strålningar är ett alternativ hos framförallt äldre vid utbredd/icke operabel basalcellscancer.
Hedgehog-hämmaren vismodegib (Erivedge®) kan användas vid utbredd/icke operabel basalcellscancer/metastaserad basalcellscancer eller vid Gorlins syndrom (Basalcellsnevussyndrom). Hedgehog-hämmaren sonidegib (Odomzo) kan användas vid lokalt avancerad basalcellscancer som inte är lämplig för kurativ kirurgi eller strålbehandling.
Hudkliniken kan även remittera för Mohs kirurgi vid behov.

REMITTERINGSPOLICY

Behandlingar inom PV: Excision av BCC av Glas typ Ia och II på kroppen samt reexcisioner på kroppen vid primärt bristande radikalitet/recidiv.
Topikal behandling av BCC av Glas typ Ib (se behandling).

Remiss till specialistvård:
- För diagnos om sådan inte primärt kan ställas före behandling på HC.
- Vid BCC på kosmetiskt känsliga lokaler eller högaggressiva BCC oavsett kroppslokal.
- Patient/tumör som återfinns bland "högriskfaktorer för basalcellscancer" (se faktaruta ovan) för ställningstagande till vidare behandling eller uppföljning.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Alla remisser skickas enligt sedvanlig Bildremissrutin (teledermatoskopi med särskild remissmall) till hudkliniken. Hudläkaren vidareremitterar vid behov till annan specialist, främst kirurg, plastikkirurg, ÖNH-läkare, ögonläkare eller onkolog.

UPPFÖLJNING

En tredjedel av alla patienter som har haft BCC får en ny tumör inom 2 år. Av recidiv av BCC upptäcks 33 % inom 1 år, 50 % inom 2 år och 66 % inom 3 år.

- Alla med BCC bör erhålla information om sjukdomen samt instrueras i egenkontroller och solskydd.
- Regelbunden uppföljning av ”lågriskpatienter" behandlade för BCC (patienter/tumörer utan högriskfaktorer enligt faktaruta ovan) anses inte vara nödvändig.
- Patienter som har en eller flera "högriskfaktorer för BCC" (se faktaruta ovan – exkl recidiv till följd av primärt otillräcklig marginal) bör erbjudas uppföljning, om möjligt av hudspecialist i åtminstone 2 år. Intervall lämpligen 6 månader, 1 år, 2 år.
- Individuella uppföljningsrutiner med kontroller 1-4 gånger per år bör skapas för utvalda immunosupprimerade patienter respektive de med basalcellsnaevussyndrom så länge nya tumörer uppstår.

Kontrollerna bör innefatta inspektion och palpation av tidigare tumöromrade. Vid minsta misstanke om recidiv: biopsi för histopatologisk bedömning. Övriga hudkostymen bör inspekteras.

Avsteg från ovanstående rekommendationer kan givetvis vara nödvändiga i enskilda fall.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:
Elisabeth Höchtl överläkare Hudmottagning Gävle
Chefläkare Primärvården